



F

[illegible]

法人名（運営法人名を記入してください。）			
事業所名 ※事業所名に修正がある場合は(1)の各事業所名もご確認の上、修正してください。			
事業所の所在地	〒 TEL ()-()-()		
(1) 事業の種類・事業所番号 ・印字されたサービスについて、「活動状況」に○をしてください。休止届や廃止届を出している場合は「2 休止中」「3 廃止」に○をしてください。（2ページ以降は記入不要です。） ・このページに印字されたサービスについてのみ、サービスの提供状況等を2ページ以降に記入してください。印字のないサービスについては記入不要です。 なお、障害者支援施設の昼間実施サービスについてはこの調査票に記入せず、活動状況の「3 廃止」に○をつけてご返送ください。 ・サービスにより記入者が異なる場合は、お手数ですが、この調査票を事業所内で回覧の上、記入をお願いします。			

サービスの種類	事業所番号	事業所名	活動状況(1つに○)	回答ページ
0011 居宅介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	2ページ
0012 重度訪問介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	2ページ
0015 同行援護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	3ページ
0013 行動援護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	3ページ
0021 療養介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	4ページ
0022 生活介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	4ページ
0014 重度障害者等包括支援			1 活動中 2 休止中 3 廃止	5ページ
0052 計画相談支援			1 活動中 2 休止中 3 廃止	5ページ
0053 地域相談支援(地域移行支援)			1 活動中 2 休止中 3 廃止	6ページ
0054 地域相談支援(地域定着支援)			1 活動中 2 休止中 3 廃止	6ページ
0024 短期入所			1 活動中 2 休止中 3 廃止	7ページ
0033 共同生活援助			1 活動中 2 休止中 3 廃止	8・9ページ
0041 自立訓練(機能訓練)			1 活動中 2 休止中 3 廃止	10ページ
0042 自立訓練(生活訓練)			1 活動中 2 休止中 3 廃止	11ページ
0034 宿泊型自立訓練			1 活動中 2 休止中 3 廃止	12ページ
0043 就労移行支援			1 活動中 2 休止中 3 廃止	13ページ
0045 就労継続支援(A型)			1 活動中 2 休止中 3 廃止	14ページ
0046 就労継続支援(B型)			1 活動中 2 休止中 3 廃止	14ページ
0061 児童発達支援			1 活動中 2 休止中 3 廃止	15ページ
0063 放課後等デイサービス			1 活動中 2 休止中 3 廃止	15ページ
0064 保育所等支援			1 活動中 2 休止中 3 廃止	16ページ
0055 障害児相談支援			1 活動中 2 休止中 3 廃止	16ページ

上記以外連絡先(携帯、FAX等)

(2) 居宅介護サービスの提供状況

9 月中の営業日数 日

※利用者がいない日であっても、事業所として営業していた場合は営業日として数えてください。

1 9 月中の利用者あり 2 9 月中の利用者なし

利用実人員 人 注：ここでいう「利用実人員」の計上のしかたは、例えば、同じ利用者（1 人）に複数のサービス（回数）を提供しても「1 人」と計上します。

(補問) 「9 月中の利用者あり」の場合、9 月中の「障害者」「障害児」別「利用実人員」「訪問回数合計」を記入してください。
注：ここでいう「利用実人員」の計上のしかたは、例えば、同じ利用者（1 人）に「身体介護が中心」と「家事援助が中心」の各サービスを 1 回ずつ提供した場合、利用した各サービスに「1 人」ずつ計上します。

	障害者(18歳以上)		障害児(18歳未満)	
	利用実人員	訪問回数合計	利用実人員	訪問回数合計
身体介護が中心	人	回	人	回
通院介助(身体介護を伴う)が中心	人	回	人	回
家事援助が中心	人	回	人	回
通院介助(身体介護を伴わない)が中心	人	回	人	回
通院等乗降介助が中心	人	回	人	回

(3) 居宅介護サービスの従事者数

・「9 月中の利用者なし」でも、利用者がいた場合に対応できる人数を記入してください。
・換算数は小数点以下第 2 位を四捨五入して小数点以下第 1 位まで記入してください。
・複数の資格を保有している場合は、左側の資格優先で計上してください。

	介護福祉士	実務者研修 修了者	旧介護職員基礎 研修課程修了者	旧ホームヘル パー 1 級研修 課程修了者	初任者研修修了者 (旧ホームヘルパー2級 研修課程修了者含む)	障害者居宅介護従業者 基礎研修課程修了者 (旧ホームヘルパー3級 研修課程修了者含む)	その他の 職 員
常勤専従 (換算数不要)							
常勤兼務							
常勤兼務 の換算数							
非常勤							
非常勤 の換算数							

(補問) 従事者のうち、サービス提供責任者の人数を記入してください。 → 人
他のサービスと掛け持ちしている者も含めます。

0012 重度訪問介護サービス

(4) 重度訪問介護サービスの提供状況

9 月中の営業日数 日

※利用者がいない日であっても、事業所として営業していた場合は営業日として数えてください。

1 9 月中の利用者あり 2 9 月中の利用者なし

(補問) 「9 月中の利用者あり」の場合、9 月中の「利用実人員」「訪問回数合計」を記入してください。また、それぞれのうち、「移動介護」の人数と回数を記入してください。

利用実人員	うち移動介護	訪問回数合計	うち移動介護
人	人	回	回

(5) 重度訪問介護サービスの従事者数

・「9 月中の利用者なし」でも、利用者がいた場合に対応できる人数を記入してください。
・換算数は小数点以下第 2 位を四捨五入して小数点以下第 1 位まで記入してください。
・複数の資格を保有している場合は、左側の資格優先で計上してください。

	介護福祉士	実務者研修 修了者	旧介護職員基礎 研修課程修了者	旧ホームヘル パー 1 級研修 課程修了者	初任者研修修了者 (旧ホームヘルパー2級 研修課程修了者含む)	障害者居宅介護従業者 基礎研修課程修了者 (旧ホームヘルパー3級 研修課程修了者含む)	重度訪問介護 従業者養成 研修修了者	その他の 職 員
常勤専従 (換算数不要)								
常勤兼務								
常勤兼務 の換算数								
非常勤								
非常勤 の換算数								

(補問 1) 従事者のうち、サービス提供責任者の人数を記入してください。 → 人
他のサービスと掛け持ちしている者も含めます。

(補問 2) 従事者のうち、重度訪問介護従業者養成研修修了者で、「肢体不自由者に対する研修修了者」、「行動障害を有する者に対する研修修了者」、そのうちの「サービス提供責任者」の人数を記入してください。重複している場合は、「双方の研修修了者」の人数を記入してください。
他のサービスと掛け持ちしている者も含めます。

①肢体不自由者に対する 研修のみの修了者	人	②行動障害を有する者に対する 研修のみの修了者	人	③「①肢体不自由者に対する研修」 及び「②行動障害を有する者に対 する研修」の双方の研修修了者	人
①のうち、サービス提供責任者	人	②のうち、サービス提供責任者	人	③のうち、サービス提供責任者	人

0015 同行援護サービス

記入者名

電話番号()-()-()

(6) 同行援護サービスの提供状況

9 月中の営業日数

日

※利用者がいない日であっても、事業所として営業していた場合は営業日として数えてください。

1 9 月中の利用者あり 2 9 月中の利用者なし

利用実人員

人

注：ここでの「利用実人員」の計上のしかたは、例えば、同じ利用者（1人）に複数のサービス（回数）を提供しても「1人」と計上します。

(補問) 「9 月中の利用者あり」の場合、9 月中の「障害者」「障害児」別「利用実人員」「訪問回数合計」を記入してください。

	障害者(18歳以上)		障害児(18歳未満)	
	利用実人員	訪問回数合計	利用実人員	訪問回数合計
身体介護を伴う	人	回	人	回
身体介護を伴わない	人	回	人	回

(7) 同行援護サービスの従事者数

・「9 月中の利用者なし」でも、利用者がいた場合に対応できる人数を記入してください。
 ・換算数は小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで記入してください。
 ・複数の資格を保有している場合は、左側の資格優先で計上してください。

	介護福祉士	実務者研修 修了者	旧介護職員基礎 研修課程修了者	旧ホームヘル パー1級研修 課程修了者	初任者研修修了者 (旧ホームヘルパー2級 研修課程修了者含む)	障害者居宅介護従業者 基礎研修課程修了者 (旧ホームヘルパー3級 研修課程修了者含む)	同行援護 従業者養成 研修修了者	その他の 職 員
常勤専従 (換算数不要)								
常勤兼務								
常勤兼務 の換算数								
非常勤								
非常勤 の換算数								

(補問1) 従事者のうち、サービス提供責任者の人数を記入してください。 → 人
他のサービスと掛け持ちしている者も含めます。

(補問2) 「同行援護従業者養成研修修了者」のうち、サービス提供責任者の人数を記入してください。 → 人

0013 行動援護サービス

記入者名

電話番号()-()-()

(8) 行動援護サービスの提供状況

9 月中の営業日数

日

※利用者がいない日であっても、事業所として営業していた場合は営業日として数えてください。

1 9 月中の利用者あり 2 9 月中の利用者なし

(補問) 「9 月中の利用者あり」の場合、9 月中の「障害者」「障害児」別「利用実人員」「訪問回数合計」を記入してください。

	障害者(18歳以上)	障害児(18歳未満)
利用実人員	人	人
訪問回数合計	回	回

(9) 行動援護サービスの従事者数

・「9 月中の利用者なし」でも、利用者がいた場合に対応できる人数を記入してください。
 ・換算数は小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで記入してください。
 ・複数の資格を保有している場合は、左側の資格優先で計上してください。

	介護福祉士	実務者研修 修了者	旧介護職員基礎 研修課程修了者	旧ホームヘル パー1級研修 課程修了者	初任者研修修了者 (旧ホームヘルパー2級 研修課程修了者含む)	障害者居宅介護従業者 基礎研修課程修了者 (旧ホームヘルパー3級 研修課程修了者含む)	行動援護 従業者養成 研修修了者	その他の 職 員
常勤専従 (換算数不要)								
常勤兼務								
常勤兼務 の換算数								
非常勤								
非常勤 の換算数								

(補問1) 従事者のうち、サービス提供責任者の人数を記入してください。 → 人
他のサービスと掛け持ちしている者も含めます。

(補問2) 行動援護従業者養成研修修了者のうち、「行動援護従業者養成研修修了者」、「強度行動障害支援者養成研修修了者」、及びそのうちのサービス提供責任者の人数を記入してください。

①行動援護従業者養成研修修了者

人

②強度行動障害支援者養成研修修了者

人

①のうち、サービス提供責任者

人

②のうち、サービス提供責任者

人

0021 療養介護サービス

記入者名

電話番号()-()-()

※医療型障害児入所施設の基準により療養介護事業所の指定を受けている場合は、この調査票ではなく「C 児童福祉施設等調査票」に記入してください。調査票が届いていない場合は事務局までお問い合わせください。

(10) 療養介護サービスの提供状況

1 9月中の利用者あり 2 9月中の利用者なし

(補問) 「9月中の利用者あり」の場合、9月中の「利用期間別利用実人員」「利用延人数」を記入してください。

利用期間別利用実人員			利用延人数
1年以下	1年超3年以下	3年超	
人	人	人	人

(11) 療養介護サービスの従事者数

※「9月中の利用者なし」でも、利用者がいた場合に対応できる人数を記入してください。
換算数は小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで記入してください。

	サービス 管理責任者	医 師	看 護 師	生活支援員	その他の 職 員
常 勤 専 従 (換算数不要)					
常 勤 兼 務					
常勤兼務 の換算数	..	..	..	..	..
非 常 勤					
非常勤 の換算数	..	..	..	..	..

0022 生活介護サービス

記入者名

電話番号()-()-()

※障害者支援施設が実施する指定居宅サービスにつきましては、この調査票ではなく「B 障害者支援施設等調査票」に記入してください。調査票が届いていない場合は事務局までお問い合わせください。

(12) 生活介護サービスの提供状況

9月中の営業日数 日

※利用者がいない日であっても、事業所として営業していた場合は営業日として数えてください。

1 9月中の利用者あり 2 9月中の利用者なし

(補問) 「9月中の利用者あり」の場合、9月中の「利用期間別利用実人員」「利用延人数」を記入してください。

利用期間別利用実人員			利用延人数
1年以下	1年超3年以下	3年超	
人	人	人	人

(13) 生活介護サービスの従事者数

※「9月中の利用者なし」でも、利用者がいた場合に対応できる人数を記入してください。
換算数は小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで記入してください。

	サービス 管理責任者	医 師	保健師・看護師	理学療法士・ 作業療法士	生活支援員	その他の 職 員
常 勤 専 従 (換算数不要)						
常 勤 兼 務						
常勤兼務 の換算数	..	..	..	..	..	..
非 常 勤						
非常勤 の換算数	..	..	..	..	..	..

(14) 重度障害者等包括支援サービスの提供状況

9 月中の営業日数

日

※利用者がいない日であっても、事業所として営業していた場合は営業日として数えてください。

1 9 月中の利用者あり 2 9 月中の利用者なし

(補問) 「9 月中の利用者あり」の場合、利用者の類型別に 9 月中の「利用実人員」「利用日数合計」を記入してください。

	I 類型	II 類型	III 類型
利用実人員	人	人	人
利用日数合計	日	日	日

(15) 重度障害者等包括支援サービスの従事者数

※「9 月中の利用者なし」でも、利用者がいた場合に対応できる人数を記入してください。
換算数は小数点以下第 2 位を四捨五入して小数点以下第 1 位まで記入してください。

	サービス提供責任者	その他の職員
常勤専従 (換算数不要)		
常勤兼務		
常勤兼務 の換算数	.	.
非常勤		
非常勤 の換算数	.	.

(16) 計画相談支援サービスの提供状況

1 9 月中の利用者あり 2 9 月中の利用者なし

(補問) 「9 月中の利用者あり」の場合、9 月中の「利用実人員」を記入してください。

利用実人員

人

※9 月中にサービス利用支援(計画作成)又は継続サービス利用支援(モニタリング)を提供した人数を記入してください。

(17) 計画相談支援サービスの従事者数

※「9 月中の利用者なし」でも、利用者がいた場合に対応できる人数を記入してください。
換算数は小数点以下第 2 位を四捨五入して小数点以下第 1 位まで記入してください。

	管理者	相談支援専門員	その他の職員
常勤専従 (換算数不要)			
常勤兼務			
常勤兼務 の換算数	.	.	.
非常勤			
非常勤 の換算数	.	.	.

(18) 地域移行支援サービスの提供状況

1 9月中の利用者あり 2 9月中の利用者なし

(補問) 「9月中の利用者あり」の場合、9月中の「利用実人員」を記入してください。

利用実人員

人

(19) 地域移行支援サービスの従事者数 ※「9月中の利用者なし」でも、利用者がいた場合に対応できる人数を記入してください。
換算数は小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで記入してください。

	管 理 者	相 談 支 援 専 門 員	そ の 他 の 職 員
常 勤 専 従 (換算数不要)			
常 勤 兼 務			
常勤兼務 の換算数	.	.	.
非 常 勤			
非常勤 の換算数	.	.	.

(20) 地域定着支援サービスの提供状況

1 9月中の利用者あり 2 9月中の利用者なし

(補問) 「9月中の利用者あり」の場合、9月中の「利用実人員」を記入してください。

利用実人員

人

(21) 地域定着支援サービスの従事者数 ※「9月中の利用者なし」でも、利用者がいた場合に対応できる人数を記入してください。
換算数は小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで記入してください。

	管 理 者	相 談 支 援 専 門 員	そ の 他 の 職 員
常 勤 専 従 (換算数不要)			
常 勤 兼 務			
常勤兼務 の換算数	.	.	.
非 常 勤			
非常勤 の換算数	.	.	.

(22) 事業所形態 ※該当する番号すべてに○をつけてください。

1 単独型

2 併設型

3 空床型

定員

人

注:「2 併設型」のみ記入してください。

(23) 短期入所サービスの提供状況

1 9月中の利用者あり

2 9月中の利用者なし

(補問)「9月中の利用者あり」の場合、9月中の「障害者」「障害児」別「利用実人員」「利用日数合計」を記入してください。

	障害者(18歳以上)	障害児(18歳未満)
利 用 実 人 員	人	人
利 用 日 数 合 計	日	日

(24) 短期入所サービスの従事者数

- ・(22)で「1 単独型」又は「2 併設型」に○をつけた事業所のみ記入してください。(「3 空床型」のみに○をつけた事業所は記入不要)
- ・「9月中の利用者なし」でも、利用者がいた場合に対応できる人数を記入してください。
- ・換算数は小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで記入してください。

	医 師	保健師・有護	心理判定員・ 職能判定員	理学療法士・ 作業療法士	生活支援員	職業指導員
常 勤 専 従 (換算数不要)						
常 勤 兼 務						
常勤兼務 の換算数						
非 常 勤						
非常勤 の換算数						
	介 護 職 員	うち介護福祉士	児童指導員	保 育 士	そ の 他 の 職 員	
常 勤 専 従 (換算数不要)						
常 勤 兼 務						
常勤兼務 の換算数						
非 常 勤						
非常勤 の換算数						

以下の設問については表紙(1 ページ)の「共同生活援助」の事業所番号を持つすべての住居について記入してください。

(25) 事業所形態 ※該当する番号すべてに○をつけてください。

- 1 共同生活援助サービス事業所(外部サービス利用型共同生活援助事業所を除く。)
- 2 外部サービス利用型共同生活援助事業所

(26) 総定員

事業所の総定員(3カ所あれば3カ所すべて)を記入してください。

人

(27) 定員(階級)別住居箇所数

サテライト型住居を除くすべての「共同生活住居」について(3カ所あれば3カ所すべて)、定員別に住居箇所数を記入してください。

定員	2人	3人	4人	5人	6人	7人	8人	9人	10人	11～20人	21～30人
住居箇所数	カ所	カ所	カ所	カ所	カ所	カ所	カ所	カ所	カ所	カ所	カ所

(28) サテライト型住居箇所数

- 1 サテライト型住居あり
- 2 サテライト型住居なし

(補問) 「サテライト型住居あり」の場合、「サテライト型住居箇所数」を記入してください。

サテライト型住居箇所数

カ所

(29) 共同生活援助サービスの提供状況

平成28年9月中の利用状況について、該当する番号をひとつ選んで○をつけてください。

	9月中の利用者の有無	
共同生活援助サービス事業所(外部サービス利用型共同生活援助事業所を除く。)の利用者	1 利用者あり	2 利用者なし
外部サービス利用型共同生活援助事業所の利用者	1 利用者あり	2 利用者なし

(30) 利用期間別利用実人員(9月30日現在)

(29)で「1 利用者あり」の場合は、9月30日現在の「利用期間別利用実人員」を記入してください。
また、それぞれのうち、「サテライト型住居」の人数を記入してください。

※共同生活介護(ケアホーム)を利用していた者が継続して利用している場合は、その利用期間を通算します。
※サテライト型住居の利用期間は、サテライト型住居入居前の共同生活住居の利用期間を通算します。

	利 用 期 間		
	1年以下	1年超3年以下	3年超
共同生活援助サービス事業所(外部サービス利用型共同生活援助事業所を除く。)	人	人	人
うちサテライト型住居	人	人	人
外部サービス利用型共同生活援助事業所	人	人	人
うちサテライト型住居	人	人	人

(31) 「外部サービス利用型共同生活援助事業所」における受託居宅介護サービスの提供状況

※(25)で「2 外部サービス利用型共同生活援助事業所」に○をつけた事業所のみ記入してください。
平成28年9月中の受託居宅介護サービスの提供状況について、該当する番号をひとつ選んで○をつけてください。

- 1 9月中の利用者あり
- 2 9月中の利用者なし

(補問) 「9月中の利用者あり」の場合、9月中の「受託居宅介護サービスの利用実人員」を記入してください。

受託居宅介護サービスの利用実人員

人

(32) 過去 1 年間の入退居の状況 過去 1 年間(平成27年10月 1 日～平成28年 9 月30日)に入居した者及び退居した者について、
①、②別に該当する者を計上してください。

① 共同生活援助サービス事業所(外部サービス利用型共同生活援助事業所を除く。)の利用者

利 用 者 の 入 居 前 の 場 所 ・ 状 況							
自宅・アパート等		3 グループホーム	4 福祉ホーム	5 入所施設	6 病院	7 特別支援の学校寄宿舎	8 その他
1 1人暮らし・結婚等の自立した生活	2 親・兄弟等に扶養された生活						
人	人	人	人	人	人	人	人
利 用 者 の 退 居 後 の 行 先 ・ 状 況							
自宅・アパート等		3 グループホーム	4 福祉ホーム	5 入所施設	6 病院	7 死亡	8 その他
1 1人暮らし・結婚等の自立した生活	2 親・兄弟等に扶養された生活						
人	人	人	人	人	人	人	人

② 外部サービス利用型共同生活援助事業所の利用者

利 用 者 の 入 居 前 の 場 所 ・ 状 況							
自宅・アパート等		3 グループホーム	4 福祉ホーム	5 入所施設	6 病院	7 特別支援の学校寄宿舎	8 その他
1 1人暮らし・結婚等の自立した生活	2 親・兄弟等に扶養された生活						
人	人	人	人	人	人	人	人
利 用 者 の 退 居 後 の 行 先 ・ 状 況							
自宅・アパート等		3 グループホーム	4 福祉ホーム	5 入所施設	6 病院	7 死亡	8 その他
1 1人暮らし・結婚等の自立した生活	2 親・兄弟等に扶養された生活						
人	人	人	人	人	人	人	人

(33) 共同生活援助サービスの従事者
※「9 月中の利用者なし」でも、利用者数記入可能な人数を記入してください。
換算数は小数点以下第 2 位を四捨五入して小数点以下第 1 位まで記入してください。

共同生活援助サービス事業所 外部サービス利用型共同生活援助事業所を含む。

※ 8 ページ(25)で「1 共同生活援助サービス事業所(外部サービス利用型共同生活援助事業所を除く。)」に○をつけた事業所のみ記入してください。

	サービス管理責任者	世話人	生活支援員	その他の職員
常勤専従 (換算数不要)				
常勤兼務				
常勤兼務 の換算数	...	...	...	...
非常勤				
非常勤 の換算数	...	...	...	...

外部サービス利用型共同生活援助事業所

※ 8 ページ(25)で「2 外部サービス利用型共同生活援助事業所」に○をつけた事業所のみ記入してください。

	サービス管理責任者	世話人	その他の職員
常勤専従 (換算数不要)			
常勤兼務			
常勤兼務 の換算数	...	...	...
非常勤			
非常勤 の換算数	...	...	...

※障害者支援施設が実施する指定昼間実施サービスにつきましては、この調査票ではなく「B 障害者支援施設等調査票」に記入してください。
調査票が届いていない場合は事務局までお問い合わせください。

(34) 自立訓練(機能訓練) サービスの提供状況

9 月中の営業日数

日

※利用者がいない日であっても、事業所として営業していた場合は営業日として数えてください。

1 9 月中の利用者あり

2 9 月中の利用者なし

(補問 1) 「9 月中の利用者あり」の場合、9 月中の「利用期間別利用実人員」を記入してください。

利 用 期 間					
1 年以下	1 年超 1 年 6 月以下	1 年 6 月超 2 年以下	2 年超 2 年 6 月以下	2 年 6 月超 3 年以下	3 年超
人	人	人	人	人	人

(補問 2) ・「9 月中の利用実人員」のうち、「サービス費Ⅰ」「サービス費Ⅱ」別「利用実人員」「利用延人数」を記入してください。
・「利用実人員」の計上について、例えば、同じ利用者(1 人)に「サービス費Ⅰ」と「サービス費Ⅱ」の各サービスを1 回ずつ提供した場合、利用した各サービスに「1 人」ずつ計上します。

	サービス費Ⅰ(通所)	サービス費Ⅱ(訪問)
利 用 実 人 員	人	人
利 用 延 人 数	人	人

(35) 過去 1 年間の退所者の状況

過去 1 年間(平成27年10月1日～平成28年9月30日)に退所した者について、次の退所理由別に人数を記入してください。

退 所 理 由							
1 就 職	他(障害福祉サービス等)を利用(利用先)				6 入 院	7 死 亡	8 そ の 他
	2 就 労 移 行 支援事業所	3 支 援 (A 型) 事業所	4 就 労 継 続 支 援 (B 型) 事 業 所	5 そ の 他 の 事 業 所 等			
人	人	人	人	人	人	人	人

(36) 自立訓練(機能訓練) サービスの従事者数

※「9 月中の利用者なし」でも、利用者がいた場合に対応できる人数を記入してください。
換算数は小数点以下第 2 位を四捨五入して小数点以下第 1 位まで記入してください。

	サ ー ビ ス 管理責任者	保健師・看護師	理学療法士・ 作業療法士	生活支援員	訪問支援員	そ の 他 の 職 員
常 勤 専 従 (換算数不要)						
常 勤 兼 務						
常勤兼務 の換算数						
非 常 勤						
非常勤 の換算数						

※障害者支援施設が実施する指定昼間実施サービスにつきましては、この調査票ではなく「B 障害者支援施設等調査票」に記入してください。
調査票が届いていない場合は事務局までお問い合わせください。

(37) 退院支援施設の届出

1 届出あり

2 届出なし

↓

9 月末日利用者数

人

(38) 自立訓練(生活訓練) サービスの提供状況

9 月中の営業日数

日

※利用者がいない日であっても、事業所として営業していた場合は営業日として数えてください。

1 9 月中の利用者あり

2 9 月中の利用者なし

↓

(補問 1) 「9 月中の利用者あり」の場合、9 月中の「利用期間別利用実人員」を記入してください。

利 用 期 間					
1 年以下	1 年超 1 年 6 月以下	1 年 6 月超 2 年以下	2 年超 2 年 6 月以下	2 年 6 月超 3 年以下	3 年超
人	人	人	人	人	人

(補問 2) ・「9 月中の利用実人員」のうち、「サービス費Ⅰ」「サービス費Ⅱ」別「利用実人員」「利用延人数」を記入してください。
・「利用実人員」の計上について、例えば、同じ利用者(1 人)に「サービス費Ⅰ」と「サービス費Ⅱ」の各サービスを1 回ずつ提供した場合、利用した各サービスに「1 人」ずつ計上します。

	サービス費Ⅰ(通所)	サービス費Ⅱ(訪問)
利用実人員	人	
利用延人数	人	人

(39) 過去 1 年間の退所者の状況

過去 1 年間(平成27年10月1日～平成28年 9 月30日)に退所した者について、次の退所理由別に人数を記入してください。

退 所 理 由							
1 就 職	他の障害福祉サービス等を利用(利用先)				6 入 院	7 死 亡	8 そ の 他
	2 就 労 移 行 支援事業所	3 就 労 継 続 支援(A型) 事 業 所	4 就 労 継 続 支援(B型) 事 業 所	5 そ の 他 の 事 業 所 等			
	人	人	人	人	人	人	人

(40) 自立訓練(生活訓練) サービスの従事者数

※「9 月中の利用者なし」でも、利用者がいた場合に対応できる人数を記入してください。
換算数は小数点以下第 2 位を四捨五入して小数点以下第 1 位まで記入してください。

	サ ー ビ ス 管理責任者	保健師・看護師	生活支援員	訪問支援員	そ の 他 の 職 員
常 勤 専 従 (換算数不要)					
常 勤 兼 務					
常勤兼務 の換算数					
非 常 勤					
非常勤 の換算数					

(41) 定員

 人

(42) 宿泊型自立訓練サービスの提供状況

1 9月中の利用者あり 2 9月中の利用者なし

(補問) 「9月中の利用者あり」の場合は、9月30日現在の「利用期間別利用実人員」を記入してください。

利 用 期 間					
1年以下	1年超 1年6月以下	1年6月超 2年以下	2年超 2年6月以下	2年6月超 3年以下	3年超
人	人	人	人	人	人

(43) 過去1年間の入退所の状況

過去1年間(平成27年10月1日～平成28年9月30日)に入所した者及び退所した者について、該当する者を計上してください。

利 用 者 の 入 所 前 の 場 所 ・ 状 況							
自宅・アパート等		3 グループ ホーム	4 福祉ホーム	5 入所施設	6 病 院	7 特 別 支 援 学 校 寄 宿 舎	8 そ の 他
1 1人暮らし・結婚等 の自立した生活	2 親・兄弟等に 扶養された生活						
人	人	人	人	人	人	人	人
利 用 者 の 退 所 後 の 行 先 ・ 状 況							
自宅・アパート等		3 グループ ホーム	4 福祉ホーム	5 入所施設	6 病 院	7 死 亡	8 そ の 他
1 1人暮らし・結婚等 の自立した生活	2 親・兄弟等に 扶養された生活						
人	人	人	人	人	人	人	人

(44) 宿泊型自立訓練サービスの従事者数

※「9月中の利用者なし」でも、利用者がいた場合に対応できる人数を記入してください。
換算数は小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで記入してください。

	サ ー ビ ス 管理責任者	保健師・看護師	生活支援員	そ の 他 の 職 員
常 勤 専 従 (換算数不要)				
常 勤 兼 務				
常勤兼務 の換算数	.	.	.	.
非 常 勤				
非常勤 の換算数	.	.	.	.

※障害者支援施設が実施する指定昼間実施サービスにつきましては、この調査票ではなく「B 障害者支援施設等調査票」に記入してください。
調査票が届いていない場合は事務局までお問い合わせください。

(45) 退院支援施設の届出

1 届出あり

2 届出なし

↓

9 月末日利用者数

人

(46) 就労移行支援サービスの提供状況

9 月中の営業日数 日

※利用者がいない日であっても、事業所として営業していた場合は営業日として数えてください。

1 9 月中の利用者あり

2 9 月中の利用者なし

↓

(補問) 「9 月中の利用者あり」の場合、9 月中の「利用期間別利用実人員」「利用延人数」を記入してください。

利用期間別利用実人員			利用延人数
2 年以下	2 年超 3 年以下	3 年超	
人	人	人	人

(47) 過去 1 年間の退所者の状況

過去 1 年間(平成27年10月1日～平成28年9月30日)に退所した者について、次の退所理由別に人数を記入してください。

退 所 理 由							
1 就 職	他(障害者支援施設等)サービス等を利用(利用先)				6 人 院	7 死 亡	8 そ の 他
	2 就 労 移 行 支 援 事 業 所	3 支 援 (A 型) 事 業 所	4 就 労 継 続 支 援 (B 型) 事 業 所	5 そ の 他 の 事 業 所 等			
人	人	人	人	人	人	人	人

(48) 就労移行支援サービスの従事者数

※「9 月中の利用者なし」でも、利用者がいた場合に対応できる人数を記入してください。
換算数は小数点以下第 2 位を四捨五入して小数点以下第 1 位まで記入してください。

	サ ー ビ ス 管 理 責 任 者	生 活 支 援 員	職 業 指 導 員	就 労 支 援 員	そ の 他 の 職 員
常 勤 専 従 (換算数不要)					
常 勤 兼 務					
常勤兼務の換算数	.	.	.	.	.
非 常 勤					
非常勤の換算数	.	.	.	.	.

※障害者支援施設が実施する指定昼間実施サービスにつきましては、この調査票ではなく「B 障害者支援施設等調査票」に記入してください。
調査票が届いていない場合は事務局までお問い合わせください。

(49) 就労継続支援（A型）サービスの提供状況 9 月中の営業日数

日

※利用者がいない日であっても、事業所として営業していた場合は営業日として数えてください。

1 9 月中の利用者あり

2 9 月中の利用者なし

(補問) 「9 月中の利用者あり」の場合、9 月中の「利用期間別利用実人員」「利用延人数」を記入してください。

利用期間別利用実人員			利用延人数
1 年以下	1 年超 3 年以下	3 年超	
人	人	人	人

(50) 過去 1 年間の退所者の状況

過去 1 年間 (平成27年10月1日～平成28年 9 月30日) に退所した者について、次の退所理由別に人数を記入してください。

退 所 理 由							
1 就 職	他の障害福祉サービス等を利用 (利用先)				6 入 院	7 死 亡	8 そ の 他
	2 就 労 移 行 支援事業所	3 就 労 継 続 支援 (A 型) 事 業 所	4 就 労 継 続 支援 (B 型) 事 業 所	5 そ の 他 の 事 業 所 等			
人	人	人	人	人	人	人	人

(51) 就労継続支援（A型）サービスの従事者数

※「9 月中の利用者なし」でも、利用者がいた場合に対応できる人数を記入してください。
換算数は小数点以下第 2 位を四捨五入して小数点以下第 1 位まで記入してください。

	サ ー ビ ス 管理責任者	生活支援員	職業指導員	そ の 他 の 職 員
常 勤 専 従 (換算数不要)				
常 勤 兼 務				
常勤兼務 の換算数	...	...	...	...
非 常 勤				
非常勤 の換算数	...	...	...	...

※障害者支援施設が実施する指定昼間実施サービスにつきましては、この調査票ではなく「B 障害者支援施設等調査票」に記入してください。
調査票が届いていない場合は事務局までお問い合わせください。

(52) 就労継続支援（B型）サービスの提供状況 9 月中の営業日数

日

※利用者がいない日であっても、事業所として営業していた場合は営業日として数えてください。

1 9 月中の利用者あり

2 9 月中の利用者なし

(補問) 「9 月中の利用者あり」の場合、9 月中の「利用期間別利用実人員」「利用延人数」を記入してください。

利用期間別利用実人員			利用延人数
1 年以下	1 年超 3 年以下	3 年超	
人	人	人	人

(53) 過去 1 年間の退所者の状況

過去 1 年間 (平成27年10月1日～平成28年 9 月30日) に退所した者について、次の退所理由別に人数を記入してください。

退 所 理 由							
1 就 職	他の障害福祉サービス等を利用 (利用先)				6 入 院	7 死 亡	8 そ の 他
	2 就 労 移 行 支援事業所	3 就 労 継 続 支援 (A 型) 事 業 所	4 就 労 継 続 支援 (B 型) 事 業 所	5 そ の 他 の 事 業 所 等			
人	人	人	人	人	人	人	人

(54) 就労継続支援（B型）サービスの従事者数

※「9 月中の利用者なし」でも、利用者がいた場合に対応できる人数を記入してください。
換算数は小数点以下第 2 位を四捨五入して小数点以下第 1 位まで記入してください。

	サ ー ビ ス 管理責任者	生活支援員	職業指導員	そ の 他 の 職 員
常 勤 専 従 (換算数不要)				
常 勤 兼 務				
常勤兼務 の換算数	...	...	...	...
非 常 勤				
非常勤 の換算数	...	...	...	...

0061 児童発達支援

記入者名

電話番号()-()-()

(55) 児童発達支援の提供状況

定員

人

9月中の営業日数

日

※利用者がいない日であっても、事業所として営業していた場合は営業日として数えてください。

1 9月中の利用者あり 2 9月中の利用者なし

(補問1) 「9月中の利用者あり」の場合、9月中の「利用実人員」「利用延人数」を記入してください。

利用実人員

人

利用延人数

人

(補問2) 9月中の「送迎加算」の回数の合計を記入してください。 →

回

注：送迎を行っていない場合は「0」と記入してください。

(56) 児童発達支援の従事者数

※「9月中の利用者なし」でも、利用者がいた場合に対応できる人数を記入してください。
換算数は小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで記入してください。

	児童発達支援 管理責任者	指導員	保育士	その他の 職員
常勤専従 (換算数不要)				
常勤兼務				
常勤兼務 の換算数				
非常勤				
非常勤 の換算数				

0063 放課後等デイサービス

記入者名

電話番号()-()-()

(57) 放課後等デイサービスの提供状況

定員

人

9月中の営業日数

日

※利用者がいない日であっても、事業所として営業していた場合は営業日として数えてください。

1 9月中の利用者あり 2 9月中の利用者なし

(補問1) 「9月中の利用者あり」の場合、9月中の「利用実人員」「利用延人数」を記入してください。

利用実人員

人

利用延人数

人

(補問2) 9月中の「送迎加算」の回数の合計を記入してください。 →

回

注：送迎を行っていない場合は「0」と記入してください。

(58) 放課後等デイサービスの従事者数

※「9月中の利用者なし」でも、利用者がいた場合に対応できる人数を記入してください。
換算数は小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで記入してください。

	児童発達支援 管理責任者	指導員	保育士	その他の 職員
常勤専従 (換算数不要)				
常勤兼務				
常勤兼務 の換算数				
非常勤				
非常勤 の換算数				

0064 保育所等訪問支援

記入者名

電話番号()-()-()

(59) 保育所等訪問支援の提供状況

9 月中の営業日数

日

※利用者がいない日であっても、事業所として営業していた場合は営業日として数えてください。

1 9 月中の利用者あり 2 9 月中の利用者なし

(補問) 「9 月中の利用者あり」の場合、9 月中の「利用実人員」「訪問回数合計」を記入してください。

利用実人員		人	訪問回数合計		回
-------	----------------------	---	--------	----------------------	---

(60) 保育所等訪問支援の従事者数

※「9 月中の利用者なし」でも、利用者がいた場合に対応できる人数を記入してください。
換算数は小数点以下第 2 位を四捨五入して小数点以下第 1 位まで記入してください。

	児童発達支援 管理責任者	訪問支援員	その他の 職員
常勤専従 (換算数不要)			
常勤兼務			
常勤兼務 の換算数			
非常勤			
非常勤 の換算数			

0055 障害児相談支援

電話番号()-()-()

(61) 障害児相談支援の提供状況

1 9 月中の利用者あり 2 9 月中の利用者なし

(補問) 「9 月中の利用者あり」の場合、9 月中の「利用実人員」を記入してください。

利用実人員		人
-------	----------------------	---

※9 月中に障害児支援利用援助(計画作成)又は継続障害児支援利用援助(モニタリング)を提供した人数を記入してください。

(62) 障害児相談支援の従事者数

※「9 月中の利用者なし」でも、利用者がいた場合に対応できる人数を記入してください。
換算数は小数点以下第 2 位を四捨五入して小数点以下第 1 位まで記入してください。

	管 理 者	相談支援 専門員	その他の 職員
常勤専従 (換算数不要)			
常勤兼務			
常勤兼務 の換算数			
非常勤			
非常勤 の換算数			